

LE TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

Jacques Sirois

Psychologue et psychothérapeute

626 boul. René-Lévesque ouest Québec,

JOURNÉE ROLAND-SAUCIER

Vendredi 11 mai 2001

« L'anxiété pour le meilleur et pour le pire ! »

Le trouble obsessionnel-compulsif

*« Attends, je ne suis pas capable de m'en empêcher,
c'est plus fort que moi... »*

Il est courant dans nos sociétés de rencontrer des gens qui ont une personnalité structurée sur le mode de la pensée et de l'action. La toute-puissance de la pensée et la performance constituent les piliers de nos sociétés technologiques. Il n'est donc pas surprenant que plusieurs personnes valorisent grandement leurs capacités logiques et leur habileté à résoudre des problèmes pratiques.

Lorsque penser et faire prennent une place disproportionnée en regard des sentiments, des sensations, de l'intuition, de l'écoute, du jeu, de la rêverie, du plaisir procuré par différentes expressions artistiques ou tout autre mode d'expression moins rationnel ou instrumental, nous risquons de nous retrouver devant une organisation de la personnalité obsessionnelle compulsive. Plusieurs personnes productives se retrouvent dans cette catégorie. Un procureur de la couronne qui aime construire et plaider des points de droit très sophistiqués fonctionne selon la raison et l'action ; certaines personnes intéressées par l'écologie qui tirent leur valorisation du débat sur les politiques environnementales fonctionnent aussi de la sorte.

Ces modes de fonctionnement ou d'organisation de la personnalité, bien qu'ils reposent sur une accentuation et même parfois sur une exagération d'un mode de fonctionnement intellectuel ou pragmatique, ne constituent pas en soi un trouble obsessionnel compulsif.

A) TABLEAU CLINIQUE

Lorsque nous parlons de trouble obsessionnel-compulsif, nous nous référons à des symptômes d'obsessions ou de compulsions. Les **obsessions** sont des idées ou des sentiments qui envahissent la pensée du sujet malgré lui et qui entraînent de l'angoisse. Les **compulsions** sont des gestes, des comportements que le sujet est poussé à accomplir sous l'effet d'une contrainte interne. Les compulsions sont l'équivalent dans le domaine de l'action de ce qu'est l'obsession dans le domaine de la pensée.

1. Les symptômes

Obsessions

L'obsession est le plus complexe des troubles anxieux (névroses) dans son mécanisme de formation et dans ses manifestations.

Les obsessions se manifestent sous les formes les plus diverses. Chacun d'entre nous a déjà expérimenté des obsessions mineures comme la pensée récurrente d'un rendez-vous ou d'un voyage, une mélodie qui nous envahit l'esprit pendant quelques heures. Cependant, dans le trouble obsessionnel, la pensée est beaucoup plus persistante, plus irrationnelle et interfère avec la vie du sujet. Les obsessions les plus communes sont celles dans lesquelles le sujet :

- Craint d'être sali ou contaminé par le contact d'objets qu'il considère comme souillés. La contamination peut prendre la forme de microbes, de maladies ou de poisons. Ces obsessions sont susceptibles d'entraîner des rituels compulsifs.
- Est assailli par des pensées de doute, par exemple s'il a fermé les portes à clef ou éteint le four de la cuisinière électrique avant de se coucher.
- A un besoin impérieux de mettre de l'ordre (par exemple le sujet souffre énormément lorsque les choses sont en désordre ou ne sont pas dans un ordre

particulier). Cette obsession porte sur l'arrangement des objets, le classement et la vérification. Ce besoin va souvent être associé à un besoin d'organisation mentale : vie programmée, manie des explications, vérification d'idées. À ce souci de perfection, vont se rattacher des sentiments de honte et d'insatisfaction face à la personne elle-même (corps et moral).

- Ressent un besoin impérieux de commettre une action interdite ou absurde comme se jeter devant une voiture en marche ou frapper quelqu'un de son entourage. Ces pensées qui prennent la forme d'un besoin impérieux se nomment **impulsions**. Elles se situent à mi-chemin entre les obsessions et les phobies. Comme les phobies, elles entraînent fréquemment l'évitement des objets ou des situations qui les provoquent mais elles en diffèrent cependant par leur caractère obsessionnel.
- Est assailli par des représentations sexuelles réprouvées (par exemple une image pornographique récurrente, la religieuse qui voit un pénis dans l'hostie). Helen Deutsch décrit une « patiente qui ne pouvait s'empêcher de penser continuellement à des sujets sexuels. Elle déshabillait en esprit chaque homme qu'elle voyait, fantasmait le coït avec eux. Elle devint comme possédée par des représentations compulsives d'organes génitaux masculins qu'elle voyait continuellement dans son esprit ».

Compulsions

Comme pour les obsessions, nous avons tous expérimenté des compulsions bénignes comme éviter de marcher sur les fissures du trottoir, passer devant une échelle plutôt qu'en dessous ou se signer devant un chat noir, effectuer un rituel. Ces gestes sont sans importance comparés à ceux des obsessifs-compulsifs.

Chez eux, les compulsions se manifestent par des actes répétitifs de l'individu, prenant le plus souvent la forme de rituels et ayant pour but de diminuer l'anxiété causée par les obsessions ou les impulsions. Les rituels sont des gestes répétitifs comme par exemple se laver les mains ou des actes mentaux comme prier, compter, répéter des mots,

etc. Les rituels les plus fréquents ont trait à la propreté : ce sont les rituels de lavage de mains et de nettoyage ou le besoin de vérifier continuellement, par exemple de s'assurer à plusieurs reprises que les portes et les fenêtres sont bien fermées. Il y a aussi les rituels d'évitement, en particulier des microbes ou des couteaux pointus, ainsi que les rituels ayant pour objet la répétition de chiffres ou de formules verbales.

Dans la plupart des cas, les compulsions sont des réponses d'évitement des obsessions. Par exemple,

- une personne qui est obsédée par le fait d'être contaminée peut chercher à éviter la souffrance occasionnée par cette angoisse en se lavant les mains jusqu'à ce que la peau soit à vif ;
- une personne obsédée par la peur d'avoir laissé une porte non barrée, peut être poussée à vérifier la serrure toutes les minutes ;
- une personne aux prises avec des pensées blasphématoires peut chercher à éviter cette obsession en comptant de un à dix, puis de dix à un, cent fois pour chaque pensée.

Pour être diagnostiquées comme TOC (Trouble obsessionnel-compulsif, selon les critères du DSM IV, les obsessions ou les compulsions doivent être suffisamment sévères pour entraîner une perte de temps (1 heure par jour) ou un sentiment marqué de souffrance ou une déficience significative. Elles peuvent entraver le fonctionnement du sujet. Elles peuvent ainsi entraîner une incompetence pour des tâches comme la lecture ou le calcul en raison de difficulté de concentration. Le sujet peut aussi être amené à éviter des situations (contacts sociaux) ou des objets (toilettes publiques, couteaux) qui provoquent les obsessions ou les compulsions.

Les obsessions et les compulsions ont ceci de commun :

- Elles se présentent de façon récurrente et persistante à la conscience de l'individu.
- Elles s'accompagnent d'un sentiment d'angoisse et de détresse.

- Elles sont intrusives et inappropriées. Elles aliènent le moi, c'est-à-dire que l'individu a l'impression que ces poussées sont étrangères à sa personne et à ce qu'il vit.
- La personne fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées ou impulsions, ou pour neutraliser celles-ci à l'aide d'autres pensées ou actions. La personne est donc amenée à prendre des mesures contre les obsessions et à développer des compulsions.
- Peu importe leur force, la personne les considère comme absurdes et irrationnelles. Elle reconnaît qu'elles viennent de sa propre activité mentale et non de l'extérieur.

2. Épidémiologie

Bien qu'autrefois le trouble obsessionnel était considéré comme rare dans la population, aujourd'hui on estime la prévalence à vie de ce trouble à 2,5%.

3. Évolution

Il existe de façon normale des rites (alimentaires, du coucher) vers l'âge de trois ans. Ces rituels n'annoncent pas une névrose obsessionnelle. Les premières manifestations du trouble sont diverses et peu caractéristiques. Elles apparaissent, en général, vers six ou sept ans ou plus tard. On trouve alors quelques rites (coucher, alimentation, défécation), quelques idées obsédantes (de la mort).

Les troubles obsessionnels chez les enfants se caractérisent par une forte prédominance masculine. Lorsqu'ils ont quelque importance ils sont souvent associés à des troubles neurologiques ou psychopathologiques. Il est rare qu'on les diagnostique et les traite à cette époque de la vie car ils constituent rarement par eux-mêmes un facteur handica-

pant. En général, les parents ne s'en plaignent pas car ils sont contents d'avoir un enfant discipliné. On va consulter seulement s'il y a des peurs ou des rituels qui dérangent.

La timidité de l'enfant, son sérieux, rendent les relations avec les camarades parfois pénibles. Souvent leur inhibition (particulièrement de l'agressivité) les empêche de se défendre. Leur intérêt intellectuel marqué, qui peut être valorisé par les adultes, va souvent les isoler du groupe de pairs et les rendre vulnérables.

En général, l'apparition de la névrose obsessionnelle se fait à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Le trouble obsessionnel-compulsif survient fréquemment, quoique pas toujours, chez des sujets qui possèdent déjà une structure de personnalité compulsive.

Les premiers symptômes apparaissent pour les 2/3 des personnes avant l'âge de 25 ans (1/3 avant 15 ans). L'âge de début est plus précoce chez les hommes que chez les femmes : entre 6 et 15 ans pour les hommes et entre 20 et 29 ans pour les femmes.

Si les symptômes sont modérés, la personne peut rester toute sa vie égale à elle-même car elle va s'entourer d'un système de protection qui lui garantit un équilibre adaptatif à l'abri de l'imprévu (par exemple, travail de fonctionnaire, vie réglée et toujours identique).

Chez plusieurs, le début est progressif mais il peut arriver que le trouble commence abruptement. Chez la moitié des patients, un événement semble avoir précipité la maladie (par exemple, immédiatement après une hémorroïdectomie, un homme a développé l'obsession qu'il était pour contaminer d'autres personnes ou sa nourriture avec de la saleté en les touchant). Une décompensation dépressive peut survenir lorsque le système protecteur s'effondre suite à des changements importants dans les conditions de vie (déménagement, rupture sentimentale, mort d'un proche, etc.)

Les premiers symptômes sont généralement des pensées obsessionnelles auxquelles des compulsions s'ajouteront par la suite.

Selon le DSM-IV, la majorité des sujets ont une évolution chronique avec des hauts et des bas et environ 15% présentent une altération progressive du fonctionnement professionnel et social. Chez certaines personnes, les rituels prennent une place si importante qu'elles négligent leurs activités essentielles. Il en résulte alors une dépendance

en même temps que des bénéfices secondaires qui peuvent prendre des proportions considérables.

Selon le DSM, le trouble obsessionnel-compulsif est réparti également chez les hommes et les femmes. Mais ces données peuvent être trompeuses car elles ne portent que sur les critères objectifs du DSM-IV. L'expérience clinique nous porte à penser que la dynamique obsessionnelle se rencontre davantage chez les hommes que chez les femmes.

Au cours du vieillissement, certains auteurs mentionnent une recrudescence des obsessions, même en dehors de circonstances particulières. Dans ces conditions, la personne peut devenir plus anxieuse par peur d'être découverte par les autres. Le sujet peut aussi être plus enclin à admettre le caractère pathologique de ses symptômes. La mise à la retraite peut aussi être une occasion de décompensation chez l'obsessionnel car il perd ses repères et les ritualisations qui étaient reliés à son travail. Pour retrouver leur équilibre, souvent ces sujets vont alors souvent augmenter leur rituel, mener une vie de plus en plus routinière et stéréotypée. Cette mise à l'échec de l'angoisse peut avoir comme contrecoup l'augmentation de la tendance dépressive en raison de l'appauvrissement drastique du quotidien.

Pronostic

Le pronostic pour ce genre de trouble est plus alarmiste que pour les autres types de névrose. Il semble que les patients susceptibles de bénéficier d'un pronostic favorable sont des patients chez qui on retrouve les trois éléments suivants (Sirois, 1991, p. 286)

- L'intervalle de temps relativement court entre l'apparition des symptômes et le début du traitement ;
- Une personnalité prémorbide adéquate, c'est-à-dire ne présentant pas de troubles de la personnalité importants ;
- Un tableau symptomatologique léger, c'est-à-dire fait de symptômes plutôt de type phobique et de rumination et absence de compulsions.

Il semble que la façon dont la maladie a commencé, l'intelligence ou le sexe ont peu d'importance quant au pronostic.

4. Le caractère obsessionnel

Il est remarquable de constater que les sujets qui développent des symptômes obsessionnels et compulsifs sont des personnes possédant des traits de personnalité et un caractère qualifié d'obsessionnel. Sans qu'ils puissent être diagnostiqués comme troubles de la personnalité obsessionnelle-compulsive, les traits relatifs à ce type de personnalité sont néanmoins caractéristiques.

Certaines personnes ont développé une personnalité dominée par la pensée et l'agir. Par exemple, la personne « Workaholic » (dépendante du travail) et la « Personnalité de Type A » sont des variations sur le thème du caractère obsessionnel compulsif.

Il y a aussi des gens qui valorisent grandement la pensée mais qui sont plutôt indifférents à l'agir, et vice versa. Les professeurs de philosophie ont parfois une personnalité obsessionnelle mais non compulsive. Ils tirent beaucoup de satisfactions et une grande valorisation de la mentalisation, ce qui peut entraîner le développement d'une personnalité obsessionnelle. Certains architectes ou dessinateurs industriels peuvent avoir des personnalités compulsives mais non obsessionnelles. Ils obtiennent leurs gratifications dans l'accomplissement de tâches très minutieuses demandant peu d'élaboration mentale. Ce ne sont pas toutes les personnalités obsessionnelles compulsives qui souffrent de pensées récurrentes ou de l'envie irrésistible de poser certains gestes. Bien que le DSM-IV pose des critères bien précis pour diagnostiquer le trouble obsessionnel compulsif, plusieurs cliniciens classent quand même ces personnes dans la catégorie obsessionnelle-compulsive parce que leur façon de s'adapter est caractérisée par les mêmes défenses qui créent les symptômes obsessionnels et compulsifs. Nous nous référons alors davantage à un mode de structuration de la personnalité qu'à une symptomatologie.

Les structures de caractère obsessionnel ont été décrites par Freud comme étant des personnes ordonnées, entêtées et parcimonieuses ; d'autres les décrivent comme des êtres obstinés, ordonnés, perfectionnistes, ponctuels, méticuleux, parcimonieux, frugaux et portés à l'intellectualisation et à se fendre les cheveux en quatre. Pierre Janet décrit de telles personnes comme étant rigides, inflexibles, manquant de souplesse d'adaptation, hyper conscientes, aimant l'ordre et la discipline, et persévérant même face à des obstacles imprévus. Elles sont dignes de confiance, responsables et ont des valeurs élevées. Elles aussi sont pratiques, précises et scrupuleuses dans leurs exigences morales. Sous des conditions de stress ou de demande excessive, ces caractéristiques personnelles peuvent se transformer en symptômes comportementaux qui deviennent des rituels.

On peut ajouter que Wilhelm Reich (1933) les a décrits comme des « machines vivantes » sur la base de leur intellectualisme rigide.

Certains distinguent chez ces personnes

- ce qui concerne l'apparence,
- ce qui exprime l'opposition,
- ce qui trahit la présence d'une agressivité étouffée
- et ce qui concerne les attitudes de doute et l'inhibition.

Ces personnes polies maintiennent une distance relationnelle. Elles sont en général un peu raides et formelles et sans manifestations affectives. Il semble qu'elles aient besoin continuellement de se contrôler et de contrôler la relation. L'adoption d'un mode de vie routinier peut les rendre difficiles à vivre pour l'entourage. Le souci d'ordre et de propreté qui dans un premier temps peut paraître une qualité, vient rapidement à représenter un esclavage pour la personne elle-même ainsi que son entourage.

Le caractère obsessionnel est en général obstiné et entêté. Il a de la difficulté à changer d'idée et à se séparer ; se séparer des personnes comme des choses. Il essaie de ne pas déménager, de garder le même emploi. Il est économe et peut même devenir avare. Paradoxalement il peut se montrer tout d'un coup très généreux et faire des cadeaux très inattendus.

L'agressivité, en général très inhibée, ne peut s'exprimer directement. Par contre, elle se manifeste de façon détournée par la tendance à se disputer et à faire des problèmes avec des riens. Elle peut parfois se manifester par des problèmes avec l'autorité, des retards répétés, des coins sales et, dans certains cas, par du sadisme envers un animal.

La personne obsessionnelle doute ; elle pense une chose et son contraire. Elle pondère ses opinions au point qu'elle ne sait plus trop quoi penser ou faire. Cela peut l'amener à des crises de conscience ou engendrer une aboulie qui l'immobilise. Ceci peut nous permettre aussi de comprendre que lorsqu'elle a une opinion, elle ne la lâche plus.

Michel est un avocat qui fait une carrière très réussie et qui ne présente aucun trouble d'adaptation. Marié et père de deux filles, il a toujours rempli ses responsabilités familiales et professionnelles avec beaucoup de soins. Son épouse s'est toujours chargée de faire en sorte que rien ne vienne perturber leur vie assujettie aux rythmes de son conjoint. Elle en parle comme d'un homme responsable mais fermé. Elle a réussi à composer avec ce qu'elle appelle ses manies de façon à éviter des tensions familiales. Par exemple, malgré leur aisance financière, Michel ne peut prendre une tasse dans l'armoire sans effectuer une rotation d'emplacement aux autres tasses de façon à ce qu'« elles usent également ». Sa journée commence toujours à 6 heures trente même les jours de congé. Il prend une douche, se rase et s'habille. Il va ensuite voir chacune des plantes de la maison auxquelles il fait faire un léger mouvement pour qu'elles reçoivent également la lumière sur tous leurs côtés. Il prend son déjeuner exactement à 7 heures trente et part pour le bureau à huit heures, etc. Michel n'a jamais consulté pour des problèmes psychologiques. Les moments de plus grands stress ont été contrôlés par des vacances ou encore de l'exercice physique.

5. Étiologie

La question de la prédisposition génétique ne peut être éclaircie aujourd'hui. Quant au facteur constitutionnel, certaines études tendent à démontrer qu'il pourrait jouer

un rôle car « le taux de concordance pour le Trouble obsessionnel-compulsif est plus élevé chez les jumeaux monozygotes que chez les jumeaux dizygotes. » (DSM-IV)

Quant aux facteurs constitutionnels étudiés à partir des liens familiaux, il semble que « le taux de Trouble obsessionnel-compulsif chez les apparentés biologiques de premier degré de sujets ayant un Trouble obsessionnel-compulsif est plus élevé que dans la population générale. » (DSM-IV)

Comme on sait qu'il est difficile dans ce dernier cas de faire la part des choses entre les aspects constitutionnel et éducatif, on ne peut se prononcer de façon certaine sur l'importance de ce facteur.

Ce qui semble manifeste, c'est que la famille d'origine de l'obsessionnel-compulsif est souvent instable et qu'elle manifeste plus de troubles mentaux, en particulier des troubles anxieux, que la population générale.

B) THÉORIE PSYCHODYNAMIQUE

Si nous cherchons à comprendre le traitement que l'obsessionnel fait subir à sa vie affective, nous remarquons qu'il utilise des mécanismes pour se défendre contre son monde pulsionnel. Ce monde pulsionnel semble présenter pour son moi une menace contre laquelle il sent le besoin de se protéger. Lorsque nous analysons le développement de cette dynamique obsessionnelle, nous constatons que les principaux enjeux qui ont prévalu au cours du développement sont issus

- d'une difficulté à intégrer les dimensions œdipiennes du développement
- d'une régression au stade anal
- de l'utilisation de mécanismes de défense particuliers

1. Problématique œdipienne chez les obsessionnel

Lorsque l'enfant arrive au niveau œdipien, il est possible que le manque de liens suffisamment positifs avec le parent de même sexe ne lui permette pas une élaboration favorable de la jalousie qu'il ressent face à ce dernier. L'éducation, parfois sévère, ne permet aucune expression du monde pulsionnel, qu'elle soit agressive ou sexuelle. Devant cet interdit l'enfant doit fortement réprimer ses pulsions. La persistance de l'attrait œdipien va donc occasionner une forte lutte intérieure qui met en route des mécanismes de défenses et occasionne une régression pour fuir le problème. Cette régression s'opère sur les poussées libidinales alors que le Moi, au contraire, prend de l'avance sur ces dernières pour mieux lutter contre elles. C'est ce qui explique que nous sommes en présence d'une personne qui est très raisonnable, mais qui est aux prises avec une lutte face à des enjeux infantiles.

2. Régression anale

Les analystes sont d'accord pour dire que les dimensions anales colorent le monde inconscient des gens obsessifs compulsifs. Freud (1909, 1913, 1917b, 1918) a fait ressortir la fixation à la phase anale du développement (environ du 18^{ième} mois à la troisième année), particulièrement face aux pulsions agressives qui s'organisent au cours de cette période. (Aujourd'hui, certains auteurs font débiter ce stade vers 8-9 mois).

D'abord, Freud nota que plusieurs aspects qui se retrouvent chez la plupart des gens ayant des personnalités obsessionnelles-compulsives – la propreté, l'entêtement, la préoccupation face à la ponctualité, les tendances à la prévention – sont des reliquats de l'entraînement à la toilette. Deuxièmement, il découvrit les images anales dans le langage, les rêves, les souvenirs et les fantasmes des patients obsessionnels-compulsifs. Troisièmement, il obtint des évidences cliniques que les gens qu'il traitait pour des obsessions et des compulsions avaient été entraînés de façon trop précoce et trop dure à la propreté ou dans une atmosphère de surinvestissement des parents (Fenichel, 1945).

Freud croyait que l'entraînement à la propreté constituait habituellement la première situation dans laquelle l'enfant devait renoncer à ce qui est naturel pour ce qui était socialement acceptable. Lorsqu'un adulte entraîne trop tôt ou trop rigide un enfant à la propreté, il risque de s'installer dans la relation entre cette adulte et cet enfant un combat que l'enfant est amené à perdre. L'expérience d'être contrôlé, jugé et d'avoir à performer selon des horaires crée des sentiments de colère et de fantasmes agressifs. Souvent, l'enfant va en arriver à sentir la défécation et ses produits comme des parties mauvaises, sadiques, sales et honteuses de soi. Le besoin de se sentir en contrôle, ponctuel, propre et raisonnable, plutôt que d'être sans contrôle, confus, désordonnés et aux prises avec des émotions comme la colère et la honte, devient alors important pour maintenir l'identité et l'estime de soi. Un surmoi dur, sévère, basé sur le principe du tout ou rien, amène la personne à manifester une sensibilité éthique rigide que Ferenczi (1925) a appelé « une morale sphinctérienne ». L'obsédé est aux prises avec un surmoi sévère contre lequel il parvient à peine à se défendre. Il cherche à l'apaiser en étant très fidèle à ses directives ou encore il entre en rébellion contre lui par des procédés magiques, la toute-puissance de la pensée. Le moi dépense donc beaucoup d'énergie pour garder la faveur et la protection de son surmoi par peur de se sentir indigne et méprisable et par peur de déprimer.

Le conflit affectif de base chez les personnes obsessionnelles-compulsives est la rage (d'être contrôlées) versus la peur (d'être condamnées ou punies), mais ce qui frappe les thérapeutes qui travaillent avec eux c'est l'affect modifié, supprimé, inaccessible ou rationalisé. Les mots sont utilisés pour taire les sentiments et non pour les exprimer. La colère n'est acceptable pour la personne obsessionnelle que si elle est vue comme raisonnable et justifiée. Une indignation de bon aloi est donc tolérable, même admirée. Les thérapeutes sentent fréquemment la présence de la colère chez la personne obsessionnelle, mais le patient, lui, ne la perçoit nullement. Il arrive parfois qu'il reconnaisse que le fait d'oublier de payer ses honoraires pour la troisième fois puisse mettre le thérapeute dans l'embarras, mais il ne semble pas saisir la signification émotionnelle de sa conduite, la dimension agressive implicite.

Malgré leur manque d'affectivité, il arrive aussi parfois à ces patients d'exprimer de la honte. Ayant de très hautes attentes face à eux-mêmes, ils peuvent se sentir gênés de ne pas être à la hauteur de leurs propres standards.

3. Mécanismes de défense

Comme il a été mentionné précédemment, la personne obsessionnelle-compulsive lutte énormément contre son monde pulsionnel en utilisant différents mécanismes de défense. Les mécanismes de défense caractéristiques de ce trouble sont : la formation réactionnelle, l'isolation et l'annulation rétroactive.

- **Formation réactionnelle**

Freud croyait que la conscience, les exigences, la frugalité et la diligence excessives des personnes obsessives-compulsives étaient des formations réactionnelles contre le désir d'être irresponsable, désordonné, prodigue et rebelle. On peut discerner dans le style hyper-responsable des personnes obsessives-compulsives un indice des tendances contre lesquelles elles luttent. Nous remarquons donc une altération du moi pour renforcer l'attitude opposée au courant pulsionnel à réprimer. Nous assistons donc à des exagérations de traits de caractère normaux qui apparaissent au cours de la période de latence.

La personne obsédée par ses désirs sexuels devient prude, hypersensible et hostile à toute forme d'expression sexuelle. Une autre personne va transformer ses pulsions agressives en une délicatesse extrême au point qu'on dira d'elle « qu'elle ne ferait jamais de mal à une mouche ».

La formation réactionnelle pathologique se distingue de trois façons.

- D'abord, le comportement réactif est excessif. La personne excessivement propre se débat évidemment contre ses tendances à la saleté.

- Parfois la pulsion originelle passe à travers la façade et la "vraie nature" de la personne apparaît.
- La personne devient très angoissée lorsque ses comportements réactifs sont empêchés par les circonstances. Elle réagit alors par de la colère, de l'angoisse ou des comportements tout à fait irrationnels.

L'aspect le plus cocasse de la formation réactionnelle est la nature du compromis. La personne demeure en contact continuellement avec la pulsion interdite. La personne a besoin de se rassurer que tout est propre, qu'elle est moralement irréprochable, etc. et en même temps ses comportements réactionnels la maintiennent continuellement en présence de l'objet de sa pulsion. En effet, qu'y a-t-il de plus efficace que de se préoccuper continuellement de la propreté pour demeurer en contact avec la saleté, de se préoccuper continuellement de censurer les films ou revues obscènes ou autres pour demeurer toujours en présence du sexe.

Un exemple de ce mécanisme est celui de la mère qui éprouve de la haine ou du rejet pour son enfant. Elle n'accepte pas sa naissance imprévue ou le fait qu'elle désirait un enfant de l'autre sexe, etc. Il se peut que ce sentiment reste tout à fait inconscient parce qu'il est inacceptable pour elle-même, qui a un idéal très élevé à l'égard du rôle de mère, ou encore à cause des pressions sociales qui veulent qu'une mère aime nécessairement son enfant. De façon à éviter la culpabilité reliée à la haine, le Moi peut transformer sa haine en amour excessif. Le sentiment s'exprime par une très grande tendresse, une surprotection, une peur intense de perdre l'enfant, qu'il ne lui arrive un malheur. Elle va devenir une mère très anxieuse au sujet de son enfant. Elle a continuellement peur de le perdre, de ne pas l'aimer assez, etc.

- **L'isolation**

Comme nous le constatons en parlant de l'attitude froide et distante de la personne obsessionnelle-compulsive, une défense importante chez celle-ci est l'*isolation*. Grâce à

ce mécanisme, il y a séparation de l'affect et de la représentation. L'obsessionnel cherche à désinfecter sa pensée de tout affect qui évoque un déplaisir.

Un jeune homme homosexuel mentionnait qu'il pouvait parfois être agressif envers sa mère et sa sœur avec lesquelles il vit. Il ajoute qu'il a parfois la fantaisie d'avoir une mitrailleuse sur le capot de sa voiture et de faucher les autos qui viennent le "couper". Cependant il ne voit pas de lien entre sa fantaisie et ses pulsions agressives. Au contraire, il se met à expliquer que sa fantaisie est reliée avant tout à son intérêt à analyser la façon de placer la mitrailleuse pour avoir l'angle optimum de visée, que ce serait juste une arme dissuasive contre tous ces conducteurs fous qui coupent les autres et que ça lui permet de se détendre en conduisant. En substituant ces raisons intellectuelles pour justifier son agressivité, il peut plus facilement exprimer sa haine sans se sentir coupable. L'isolation est souvent supportée comme dans cet exemple, par l'intellectualisation.

Comme on le voit, il y a scission entre les sentiments, les affects et les comportements eux-mêmes. Les comportements qui ne possèdent plus d'affects sont alors intellectualisés et rationalisés. Ce processus permet à la personne d'avoir un certain contrôle sur ses pulsions et lui évite d'être envahie par des formations obsessionnelles.

Le jeune homme de l'exemple précédent a commencé à éprouver en cours de thérapie une intensification de ses troubles obsessionnels. Au fur et à mesure que sa défense d'isolation s'effritait, il éprouvait de plus en plus d'angoisse. Il a commencé à avoir des crises d'angoisse au volant de sa voiture. Il avait peur de perdre le contrôle et de se tuer en faisant un accident. Puis, il s'est mis à avoir des images de violence à la maison. Il se voyait en train de frapper des objets, les tirer par terre, etc.

Une façon dont s'exprime l'isolation est aussi de séparer des attitudes contradictoires ou des comportements les uns des autres.

Une personne agressive envers les humains peut être extrêmement gentille avec les animaux et ne réalise pas l'inconsistance entre ces comportements. Les exhibitionnistes comme bien d'autres pervers sexuels peuvent

avoir des attitudes très moralisantes même au sujet du sexe. Ainsi un psychotique paranoïde peut se croire l'homme le plus riche du monde et vous emprunter un dollar pour prendre un café.

Dans la vie quotidienne, on peut aussi retrouver des exemples de ce mécanisme dans les relations humaines.

L'amitié entre un homme et une femme se fait par l'isolation de toute composante sexuelle et par le maintien de la relation sur le plan du travail, sur le plan intellectuel ou sur le partage de valeurs morales.

Souvent les conversations avec des gens se font en isolant les affects que nous éprouvons face à eux. Nous parlons ainsi de la pluie et du beau temps, etc. En fait, les échanges sociaux habituels comportent tous une certaine isolation des sentiments.

Comme on le voit, l'isolation, en s'associant au déplacement, peut engendrer des comportements plus intellectuels. C'est aussi ce qui permet de s'absorber dans des activités hautement intellectuelles, comme la recherche objective. Elle peut aussi permettre de grandes recherches sur le plan spirituel. Ces activités peuvent procurer à la personne une grande sécurité en la plaçant en dehors du monde émotif. De plus, elle peut en tirer beaucoup de gratifications sociales. Les gens sont portés à admirer ce genre de comportement même si ces personnes peuvent être décevantes sur le plan affectif.

Cette isolation de l'affect peut avoir de grandes utilités comme dans le cas du chirurgien qui doit se couper de ses émotions face à la détresse, à la douleur de ses patients et de ses propres pulsions sadiques. De la même façon, le général qui commande son armée à la guerre ne doit pas ressentir d'émotions face aux horreurs de la guerre. C'est un mécanisme plus discriminatoire que la dissociation : la personne n'est pas complètement dissociée de son expérience mais seulement de son aspect émotif.

Nous connaissons tous des gens qui se vantent de ne pas ressentir d'émotions face à des situations où la plupart des gens en ressentent : ces personnes se font parfois une vertu de ce moyen de défense et idéalise le fait d'être raisonnable. Notre culture a aussi

tendance à admirer la capacité d'isoler l'affect de l'intellect et de nous présenter des héros qui ont cette tendance (ex. Mr Spock dans Star Trek).

Les gens obsessifs surévaluent la cognition et la mentalisation. Ils ont tendance à mépriser les sentiments et à les considérer comme infantiles, faibles, une perte de contrôle, une désorganisation et sales. Ils sont alors désavantagés dans les situations où les émotions, les sensations physiques et les fantaisies ont un rôle important et légitime (ex. des funérailles, party de bureau)...

Les gens ayant un caractère obsessionnel sont souvent efficaces dans des rôles publics et mal pris dans les rôles intimes et domestiques. Bien qu'ils soient capables d'attachements amoureux, ils ne sont pas capables d'exprimer leur tendresse sans angoisse et culpabilité. Conséquemment, ils transforment les interactions émotives en discussions cognitives. Toute activité humaine est abordée sous l'angle d'une analyse cognitive et de résolution de problème.

L'effet résultant est que l'obsessionnel peut plus penser librement. Il exclut tout rapport entre ses pensées ou entre ses pensées et ses actes ou entre ses actes et ses affects. Le discours typiquement hachuré ou monocorde (lent et pausé) trahit cette tentative d'en isoler les différentes composantes. On pourrait dire qu'il s'agit d'une sorte de tabou du toucher qui s'applique à la vie mentale. On pourrait aussi dire qu'« il pense plus loin qu'il ne pense pour se tenir en éclairé » (Sirois, 1991).

L'isolation est considérée par certains comme le mécanisme à la base de l'intellectualisation, la rationalisation et la moralisation.

- **L'annulation rétroactive**

L'annulation rétroactive a pour but de faire croire que rien ne s'est passé. Tel geste ou pensée commise est considérée comme n'existant pas grâce à un rituel qui l'efface et qui vient le contrebalancer. C'est un processus magique où il s'agit de faire en sorte que non seulement l'événement lui-même, mais aussi ses conséquences, soient « non arrivées ». Beaucoup de compulsions sont des annulations. Dans celles-ci, c'est

tantôt un comportement qui est annulé par un comportement directement opposé, tantôt c'est le même acte, mais avec une signification opposée. L'annulation rétroactive peut être considérée comme un successeur naturel du contrôle tout-puissant.

Un exemple de la vie quotidienne est le conjoint qui apporte des fleurs à son épouse pour effacer la dispute qu'ils ont eue la veille. Il ne s'agit pas vraiment ici d'un mécanisme de défense puisque le motif est conscient.

Plusieurs rituels religieux ont un aspect d'annulation rétroactive. L'effort pour expier nos péchés, même ceux qui n'ont été commis qu'en esprit, semble être une impulsion naturelle chez l'être humain.

Lorsque ce mécanisme est utilisé inconsciemment pour réparer une faute, l'individu accomplit plein de rituels comme la répétition d'une phrase magique ou d'un geste conjuratoire. Ce mécanisme va dans le même sens que la formation réactionnelle, mais il en est différent. Dans la formation réactionnelle, la personne prend une attitude contraire à la pulsion, mais dans l'annulation la personne fait quelque chose de plus, elle met en acte quelque chose de positif. Elle tente non seulement de supprimer le désir et le besoin, mais aussi la conduite antérieure qui a engendré le désir ou le besoin. Il y a souvent l'idée d'expiation et de réparation.

Ainsi, par exemple, la personne qui est obligée de compter continuellement les gens qui sont devant elle lorsqu'elle se promène. Ce comportement peut être une tentative pour annuler ses désirs hostiles de mort envers les autres en se rassurant qu'ils sont toujours présents.

Le jeu des enfants qui consiste à éviter de marcher sur les fentes du trottoir pour éviter une catastrophe est basé sur ce mécanisme. On peut penser que le fait de conjurer le mauvais sort est relié à la culpabilité pour de mauvais sentiments. Certains enfants jouent en disant que, s'ils marchent sur la fente du trottoir, leur mère va mourir.

Les actions compulsives ont donc souvent la signification inconsciente d'annuler un crime. Même les compulsions qui semblent relativement libres de sentiment de culpabilité peuvent être vues comme ayant une origine dans des interactions source de culpabilité ; par exemple, les gens qui vident de façon compulsive leur assiette se sont peut-

être sentis coupables, étant enfants, de jeter de la nourriture alors qu'il y avait de la famine dans le monde.

L'idée de réparation d'un acte vu comme criminel, remonte à une époque où les pensées et les actions n'étaient pas différenciées. Le tout jeune enfant croit que ses fantasmes et ses pulsions sont dangereuses, comme s'ils étaient des équivalents d'actions très puissantes. Si de tels fantasmes représentent une menace, il essaie de les restreindre par une contre-force aussi puissante. Les jeunes enfants croient à un certain niveau qu'ils peuvent contrôler l'incontrôlable à condition de faire les bonnes choses.

Chez l'obsessionnel, on retrouve souvent cette idée d'un crime qu'il s'efforce de réduire. Cette idée d'un crime prend le plus souvent sa source dans les souhaits de mort vécus lors du passage à l'Œdipe. Ce crime se présente d'abord comme une pensée, une pensée qui est elle-même une lutte contre le désir, désir de tuer ou encore le désir tout court. L'obsessionnel devient donc aux prises avec la pensée elle-même qui peut représenter autant le désir que le contre-désir, l'amour que la haine. D'où l'élaboration de rituel pour contrer cet enchevêtrement de pensée.

C) INTERVENTION

1. La rencontre avec l'obsessionnel

Il y a deux points centraux dans la rencontre avec l'obsessionnel; la défense contre le contact interpersonnel, et la défense contre l'exposition du conflit (Sirois, 1991).

L'obsessionnel peut s'y prendre de différentes façons pour éviter ces deux aspects.

- Prendre la position de celui qui vient voir.

- Jouer de sa voix : elle peut être si faible ou si monocorde qu'on a de la difficulté à l'entendre ou à rester éveillé.
- Arriver à l'entrevue avec des notes qu'il a préparées à l'avance.
- Inonder l'interlocuteur de détails pour perdre de vue l'essentiel. Il est souvent nécessaire de l'interrompre si l'on veut atteindre le but de la rencontre.
- Le silence manifestant son désir de préserver ses secrets.

Ces procédés ont donc pour but de contrôler la rencontre et de jouer ainsi son principal conflit.

Il a tendance à nous embarquer dans des discussions ou une bataille intellectuelles. Il a aussi de la difficulté à terminer les rencontres.

Parfois il utilise ces stratagèmes pour ne pas parler de l'objet de sa visite. Bien qu'il vienne pour un problème particulier, il passe toute la séance à le cacher du mieux qu'il peut grâce aux défenses que nous avons mentionnées précédemment (isolation, formation réactionnelle). À d'autres occasions, il veut parler de quelque chose mais en le déniait et en utilisant des expressions comme « pour vous dire toute la vérité », etc.

En fait, il cherche à nous attirer sur son terrain, c'est-à-dire dans son mode de pensée et ainsi nous paralyser. Ainsi si nous intervenons en faisant appel au fonctionnement de la pensée ou si nous l'interrogeons ou encore faisons des hypothèses, il va récupérer ces thèmes à des fins défensives.

2. Transfert et contre-transfert

De façon générale, on peut dire que les personnes obsessionnelles-compulsives ont tendance à être de bons patients. Comme ce sont des gens sérieux, consciencieux, honnêtes et de bons travailleurs, ils cherchent à faire les bons clients. Ils nous perçoivent comme des parents pour lesquels ils cherchent à se montrer dévoués ; consciemment ils sont volontaires et soumis mais inconsciemment ils sont en opposition. Malgré leur coopération de surface, ils couvent un fond d'irritabilité et de critique. Si nous cherchons à

nommer ces aspects, ils s'empresstent le plus souvent de les nier. Comme Freud l'a déjà noté, les patients obsessionnels ont tendance à être, de façon plus ou moins subtile, contrôlants, critiques, argumentateurs et facilement irrités lorsqu'il s'agit de partager de l'argent. Donc la question des honoraires est souvent objet de discussion.

Ils attendent parfois de façon impatiente que nous prenions la parole, mais lorsque nous le faisons, ils nous interrompent avant la fin de notre phrase.

Par exemple, ce patient ingénieur d'origine étrangère qui provenait d'un milieu où il était impératif de respecter et d'obéir à l'autorité. Sa profession l'avait amené à respecter aussi la hiérarchie. Au cours de la première rencontre, après m'avoir exposé de façon plutôt confuse ses problèmes d'obsession et de compulsion, il me demanda ce que j'en pensais et les moyens d'arrêter ces « folies » de façon définitive. Lorsque j'ai recadré ma façon d'intervenir en lui disant que nous allions travailler à comprendre les sentiments qui étaient derrière ces obsessions, il m'apparût très déçu. Je lui fis remarquer que ma façon de travailler semblait le décevoir, car elle ne permettait pas une solution rapide à ses problèmes. Il me répondit que non, qu'il était certain que je devais connaître mon métier et qu'il n'avait que du respect pour moi.

La semaine suivante, il commença la rencontre en me demandant si la psychologie et le genre de psychothérapie que je faisais étaient « scientifiques ». « Est-ce que c'est une science comme la physique ou la chimie ? » Comme je lui répondis que ce n'était pas une science exacte de la même façon que la physique, mais qu'elles reposaient aussi sur la recherche et l'expérience clinique, il répondit : « Je vois » et se renferma. Je lui demandai alors s'il était troublé par le fait qu'il n'y avait pas autant de certitude scientifique dans ma profession que dans la sienne. « Oh, non ! ». Il passa la troisième séance à m'expliquer comment les choses se passaient dans son pays d'origine et comment un psychiatre de son pays pourrait le soigner. Je lui demandais s'il voulait simplement m'éduquer sur la culture de son pays ou bien s'il regret-

tait de ne pouvoir être traité par un psychiatre de son pays. « Bien sûr que non », il était très satisfait de moi.

Son programme d'assurance ne payait que six rencontres et ce n'est qu'à la dernière rencontre que je suis parvenu de façon indirecte à lui faire dire qu'il avait été quelque peu irrité face à la thérapie et ma façon de travailler (non pas fâché mais seulement un peu irrité). Je crois que ces rencontres ont donné peu de résultats, car il est quasi impossible d'en obtenir en si peu de rencontres avec ce type de personnalité. Deux ans plus tard, il revint me voir pour me dire que suite à nos rencontres, il avait beaucoup réfléchi sur ses sentiments et particulièrement sur sa colère et aussi sur sa tristesse d'être aussi loin de son pays d'origine. Au fur et à mesure qu'il prenait contact avec ses émotions, ses obsessions et ses compulsions avaient diminué. Il est typique aussi de ce genre de personnalité de s'organiser seul avec ses émotions, de se donner le moyen de contrôler les prises de conscience faites en thérapie ; c'est une façon pour elles de protéger son estime d'elles-mêmes.

On aura deviné que les principales réactions contre-transférentielles que nous éprouvons avec les patients obsessionnels sont de l'ennui et de l'impatience, le désir de les brasser, de les amener à s'ouvrir sur leurs émotions, de les obliger à « cracher le morceau ». La combinaison de leur soumission excessive et de leur très grande méfiance inconsciente peuvent susciter énormément de colère. Les thérapeutes qui en général sont des gens qui ne sont pas portés à voir les affects comme un signe de faiblesse ou un manque de discipline sont aussi, en général, dépassés par la honte que ressentent les personnes obsessionnelles face à leurs émotions et leur résistance à admettre qu'elles peuvent en avoir.

L'atmosphère de critique voilée qu'une personne obsessionnelle laisse planer dans la rencontre peut à la longue nous décourager. De plus, on se sent aussi ennuyé, mis à distance par les clients qui passent leur temps à intellectualiser. Cependant, avec eux, nous n'avons pas le sentiment d'être insignifiant ou totalement inutile comme il nous arrive de l'éprouver avec un patient narcissique. Ils ont, malgré tout, des relations objectives significatives et il y a quelque chose de touchant dans leurs efforts pour être de bons

enfants coopératifs. Nous nous rejoignons aussi sur le fait que nous avons tendance à remettre tout en question au cours d'une thérapie. De plus, derrière le côté obstiné du patient, il y a une appréciation du thérapeute et il en résulte une certaine atmosphère de chaleur qui se maintient au cours du traitement.

3. Implications du diagnostic de personnalité obsessionnelle-compulsive

La première règle à pratiquer avec ce type de personnalité est de maintenir notre bonté habituelle. Ces patients vont particulièrement apprécier que nous ne réagissions pas comme les autres à leur hostilité inconsciente.

L'interprétation de leur vulnérabilité à la honte est très importante. Le fait de pas les presser, de ne pas les critiquer pour leurs mécanismes d'isolation, de formation réactionnelle et d'annulation rétroactive a plus de chances d'amener un mouvement dans la thérapie qu'une approche plus confrontante. Il n'est pas rare de voir des jeux de pouvoir s'installer entre des patients obsessionnels et des thérapeutes moins expérimentés. Cela peut parfois produire certains changements chez le patient, mais à long terme cela ne fait que répéter les relations d'objet que le patient a connues et répétées toute sa vie. Nous devons donc éviter de devenir l'équivalent du parent contrôlant.

Le degré d'activité que nous devons adopter dépend des patients. Certains patients ne laissent pas le thérapeute placer un mot si ce n'est dans les dernières cinq minutes de la rencontre alors que d'autres peuvent devenir angoissés et désorganisés si nous demeurons trop longtemps silencieux. Refuser d'entrer dans un jeu de contrôle doit être distingué d'une attitude qui aurait plutôt l'air d'un désengagement. Rester en silence avec quelqu'un qui se sent sous pression peut l'amener à déprimer ou encore le silence peut être senti comme un abandon. Il peut être utile de demander au patient comment il perçoit notre rôle, comment il pense que nous pouvons l'aider. Cela peut permettre de clarifier plusieurs aspects de la thérapie et fournir un support pour élaborer bien des difficultés.

Lorsque nous sommes en présence de patients avec des compulsions qui portent atteinte à leur bien-être, comme par exemple de l'automutilation ou des toxicomanies, nous devons prendre des mesures différentes. Il importe de placer des conditions très précises pour la poursuite du traitement. Cela peut consister à demander à la personne de suivre une cure fermée de désintoxication par exemple, d'être hospitalisée pour son anorexie, etc. Le danger d'accepter en psychothérapie une personne qui a des conduites auto-destructrices est de maintenir le fantasme que la thérapie va la guérir de façon magique sans qu'elle-même ait à exercer son propre auto-contrôle.

La question qui se pose ici est de savoir pourquoi une personne, après être allée faire une thérapie de désintoxication, donc guérie de sa compulsion, viendrait ensuite en psychothérapie. Il y a une grande différence entre contrôler une compulsion (par efforts de volonté et soumission à une autorité) et ne plus subir la compulsion contrainte par le conflit intérieur. La thérapie permet de mieux maîtriser les différents aspects sous-jacents à la compulsion, et d'atteindre une certaine sérénité plutôt qu'une maîtrise volontaire.

Un autre aspect important pour bien travailler avec des obsessionnels est d'éviter l'intellectualisation. Les interprétations s'adressant à l'intellect avant que des réponses émotives aient été désinhibées, risquent d'être contre productives. Nous remarquons cette tendance chez les thérapeutes qui expliquent ce qu'ils comprennent du problème et du fonctionnement devant la fermeture émotive, affective du patient. Ainsi, on peut voir des patients engagés dans une analyse ou une psychothérapie qui se mettent à discuter de leur cas sans que nous puissions sentir qu'il y ait eu une expérience émotive rattachée à cette connaissance. Il faut donc éviter les interprétations prématurées et bien faire la distinction entre les prises de conscience purement intellectuelles et celles qui rejoignent le plan affectif.

Certains cliniciens proposent d'utiliser davantage l'image, le symbole ou même la communication artistique pour communiquer avec les personnes obsessionnelles. L'analogie et la métaphore semblent particulièrement propices à amener une expérience plus émotionnelle chez ces personnes.

Certains thérapeutes (Yalom, 1975) combinent aussi la thérapie individuelle avec la thérapie de groupe (dans ce cas ils sont confrontés à et par d'autres personnes qui réagissent à leur isolation).

Il faut aussi encourager ces patients à exprimer leur colère et leur critique face à la thérapie. Certains thérapeutes encouragent même leur patient à aller dans ce sens en leur disant des choses comme : « Il peut être exaspérant de constater que la thérapie ne fonctionne pas aussi rapidement que nous le souhaiterions. Je ne serais aucunement surpris si vous ressentiez une certaine insatisfaction face à notre travail. Si jamais vous aviez de telles impressions ne vous gênez pas pour me le dire ». Il est probable que le patient, dans un premier temps, va réfuter cette idée qu'il pourrait émettre une critique sur la thérapie, mais en même temps cela peut enclencher un processus qui permet au thérapeute de s'allier cette partie du moi qui se défend en s'isolant.

Il importe que nous puissions aider la personne à considérer sa vie affective sous un autre angle. Il ne s'agit pas uniquement de rendre conscient ce qui était inconscient, il faut aussi changer le sentiment de honte rattaché à la prise de conscience. Derrière cette honte se cache une croyance mortifère au sujet de la faute. Il importe de démonter les mécanismes qui entourent cette culpabilité de façon à ce que la personne parvienne à accepter ses pulsions agressives et sexuelles. Cette acceptation progressive que le senti est différent de l'acte lui redonne accès à une vitalité dont elle s'était coupée.

D) CONCLUSION

Comme il nous a été permis de le constater, le trouble obsessionnel-compulsif est un phénomène complexe qui peut se manifester de diverses façons. Les préoccupations de la recherche objective ont permis de définir certains critères diagnostiques utiles pour l'avancement des connaissances scientifiques du phénomène mais il serait peut-être dommage de se limiter à ces descriptions si nous voulons comprendre davantage la dynamique du caractère obsessionnel et nous aider dans nos interventions. Il est souhaitable

que l'objectif du traitement ne vise pas seulement la disparition de la symptomatologie sans égard pour ses fonctions dans l'économie psychosomatique du sujet. Dans certains cas, les symptômes ne relèvent pas d'une dynamique névrotique mais ont plutôt une valeur structurante face à des risques de dépersonnalisation. Les symptômes névrotiques ont un sens en tant que formation de compromis entre le désir et l'interdit. Ils peuvent à la fois être un lieu de souffrance et de jouissance et démontrent toute la richesse de la vie psychique. Si nous ne tenons pas compte du sens des symptômes, nous pouvons encourager un renforcement du mécanisme de déplacement. Il importe donc d'envisager l'ensemble du fonctionnement psychique dans ses interactions avec l'environnement pour favoriser une véritable guérison. Cette compréhension doit porter sur la reconnaissance de la dimension intime et singulière du trouble, dimension qui ne peut s'en tenir à la seule objectivation comportementale. Elle doit intégrer les aspects subjectifs et inconscients.

Bibliographie

- American psychiatric association – DSM-IV (1995). *Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux*, 4e édition. Paris, Masson.
- Fenichel, O. (1945). *La théorie psychanalytique des névroses*. Paris, PUF.
- Ferenczi, S. (1925). Psychoanalysis of sexual habits. *Further contributions to the theory and technique of psycho-analysis* (pp. 259-297). New York: Brunner/Mazel, 1980.
- Freud, S. (1909). Remarques sur un cas de névrose de contrainte. *Sigmund Freud. Œuvres complètes, volume XI (1911-1913)*, Paris, Presses universitaires de France, p. 131- 214.
- Freud, S. (1913). La prédisposition à la névrose obsessionnelle, in *Névrose, Psychose et Perversion*, Paris, P.U.F. 1973, pp. 189-197.
- Freud, S. (1917). Des transpositions pulsionnelles, en particulier dans l'érotisme anal. In *Sigmund Freud. Œuvres complètes, Vol XV (1916-1920)*, Paris, Presses universitaires de France, 1996, p. 53-62.
- Freud, S. (1918). A partir de l'histoire d'une névrose infantile. In *Sigmund Freud. Œuvres complètes, volume XIII (1914-1915)*, Paris, Presses universitaires de France, p. 1-118.
- Reich, W. (1933). *L'analyse caractérielle*. Paris, Petite bibliothèque Payot, no 289.
- Sirois, F. (1991). *Les névroses*. Sainte-Foy, Le Griffon d'argile.
- Yalom, (1975). *The theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York, International Universities Press.